**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA**

XXXII Konferencji Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego

oraz Ogólnopolskiego Dnia Ratownictwa Medycznego

Gdynia 11 – 13 października 2018r.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Data zgłoszenia\*\* |  |
| 2 | Numer zgłoszenia\*\* |  |
| 3 | Pełna nazwa podmiotu |  |
| 4 | NIP |  |
| 5 | Miejscowość, kod pocztowy |  |
| 6 | Ulica, numer lokalu |  |
| 7 | Telefon |  |
|  | Fax  |  |
| 8 | E mail  |  |
| 9 | Uczestnik (Imię i Nazwisko) | Pokój(proszę zaznaczyć X odpowiednie pole) |
| Jednoosobowy | Dwuosobowy |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 10 | Osoba upoważniona do kontaktów oraz telefon kontaktowy (OBOWIĄZKOWO!) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Potwierdzam zgodność powyższych danych |  | Podpis oraz pieczątka imienna |
| Data……………………………………….. |  | ………………………………………….. |

Komplet dokumentów (zgłoszenie i potwierdzenie przelewu) należy przesłać w terminie do dnia 15.09.2018 r. na nr fax – 58 660 88 12 lub pocztą elektroniczną: biuro@pogotowie.gdynia.pl

Opłata za uczestnictwo wynosi: **1 900,00 zł brutto od osoby**

Nr rachunku do wpłat: **41 1240 5354 1111 0010 7822 5142**  (PKO) Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gdyni SP ZOZ Ul. Żwirki i Wigury 14, 81 – 394 Gdynia

z dopiskiem „XXXII Konferencja Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego oraz Ogólnopolskiego Dnia Ratownictwa Medycznego Gdynia 11 – 13 października 2018 r.”

**W ramach opłaty zapewnione są noclegi, wyżywienie i materiały informacyjne.**